93

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 16 décembre, à 1 heure

par G. ROYER

Né à Quimper, le 16 Mars 1883

De l'Exclusion du Pylore

COMME COMPLÉMENT

de la Gastro-Entérostomie

Président : M. P. SEGOND, *professeur.*

Juges : MM. WALTHER, GOSSET et PIERRE DUVAL, *agrégés,*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON,
10, rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N***
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	N*
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DES-SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE,
filiale reconnaissance.

A MES FRÈRES ET SŒUR

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE LA SALPETRIERE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Nous ne voulons pas commencer ce travail avant d'avoir rendu un public hommage à tous ceux qui, à des degrés divers, ont encouragé et soutenu nos efforts au cours de nos études médicales.

A l'école de médecine de Rennes, M. le Dr Bertheux, professeur de clinique médicale, a toujours mis à notre disposition les enseignements de sa longue expérience. Nous sommes heureux de lui exprimer ici notre profonde gratitude.

A M. le docteur Le Moniet, professeur de clinique externe, nous devons presque toutes nos connaissances chirurgicales. Nous n'oublierons jamais ses leçons si documentées; c'est avec plaisir que nous le remercions de l'accueil, toujours sympathique, que nous avons trouvé près de lui.

Nous adressons nos plus sincères remerciements à MM. les Drs Dayot, Follet, Véron, Bodin, Lauthier, Assicot, Hardouin, Marquis et Chevrel.

M. le Docteur Rocher, dont nous avons été l'in-

terne à l'hôpital du Mans, a droit à toute notre gratitude.

Dans le même hôpital, M. le Dr Drouin nous a toujours reçu avec bienveillance dans son service de chirurgie; qu'il veuille bien agréer nos remerciements.

Nous savons gré, également, à M. le Dr Dieu, des marques d'attention qu'il nous a témoignées en maintes circonstances.

Nous conserverons le meilleur souvenir de l'affabilité avec laquelle nous ont toujours accueilli MM. les Drs Goutard, Mordret, Hervé et Poix.

M. le Dr Delagénière a bien voulu nous accepter comme interne dans son service. Il fut toujours, pour nous, un maître écouté et bienveillant, et les conseils qu'il nous prodigua nous seront d'un grand secours dans l'avenir. C'est à lui que nous devons le sujet de cette étude; il nous en a fourni les éléments et nous a guidé dans son exécution. Nous le prions de bien vouloir agréer l'hommage de notre plus vive reconnaissance.

Nous prions enfin, M. le Professeur Segond d'accepter tous nos remerciements pour le très grand honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

Introduction

Malgré les bons résultats qu'elle a produits, malgré l'enthousiasme qu'elle provoqua lorsqu'elle est entrée dans la pratique de la chirurgie de l'estomac, malgré les perfectionnements apportés dans les techniques, la gastro-entérostomie n'a pas toujours donné ce qu'on était en droit d'en attendre.

Quand elle fut devenue la méthode de traitement la plus employée dans les affections chirurgicales bénignes de l'estomac et du duodénum, on s'aperçut que quelquefois, trop souvent même, elle s'était montrée impuissante à supprimer les principaux symptômes de ces affections ainsi qu'à en arrêter la marche progressive.

En tête de ces affections, l'ulcère est incontestablement la maladie la plus fréquente et la plus grave dont le chirurgien ait à s'occuper. Or, à l'heure actuelle, où les observations abondent, on est obligé de reconnaître que la gastro-entérostomie compte de nombreux insuccès dans toutes les formes d'ulcères ainsi que dans

toutes les maladies qui en sont les conséquences : rétrécissement du pylore, gastrite chronique dilatation de l'estomac. En présence de ces résultats peu satisfaisants, il vient naturellement à l'idée de perfectionner les méthodes thérapeutiques.

Il nous semble que l'exclusion du pylore, en mettant à l'abri du contenu stomacal les lésions pyloriques et duodénales, en assurant un fonctionnement plus parfait de l'anastomose gastro-intestinale est appelée à mener au succès là où la gastro-entérostomie seule ne donnerait que des résultats médiocres, ou même, conduirait à des échecs.

De fait, en dépit des objections qui ont été formulées sur l'exclusion physiologique du duodénum, les bons résultats obtenus par MM. Von Eiselsberg et Jonnesco, ceux de M. Delagénière, que nous rapportons, montrent que cette opération est appelée à occuper une place considérable dans le traitement chirurgical des affections bénignes de l'estomac.

CHAPITRE II

Historique

Notre but n'est pas de faire ici l'histoire de toutes les exclusions intestinales. Nous ne nous occuperons que de celles du pylore, et encore, parmi celles-ci nous insisterons seulement sur une des variétés.

Il existe, en effet, deux variétés d'exclusion du pylore : l'exclusion dite ouverte et l'exclusion fermée. C'elle-ci ne nous retiendra pas longtemps. Voici en quoi elle consiste : après avoir isolé le pylore par une section faite à chacune de ses extrémités, les deux tranches pyloriques sont suturées et abandonnées. On conçoit tout le danger qu'il y a à laisser dans l'abdomen un segment de tube digestif contenant une cavité close septique. En fait, une telle exclusion n'a jamais été pratiqué chez l'homme.

Dans l'exclusion dite ouverte, le segment intestinal exclu communique encore, par une de ses extrémités, avec le reste du tube digestif mais, il est éliminé du

trajet que doivent suivre les matériaux de la digestion.

L'estomac est sectionné entre deux pinces, puis, chaque tranche est suturée et abandonnée. Une gastro-entérostomie fait communiquer le segment de l'estomac qui contient le cardia avec le reste du tube digestif.

Nous ne nous occuperons donc que de cette dernière variété d'exclusion.

Elle fut pratiquée par M. Doyen en 1892 et en 1894 chez l'homme; mais, ce fut à cause de l'impossibilité où se trouvait ce chirurgien de terminer une pylorectomie commencée. « Chez plusieurs malades, dit-il (1), après avoir pratiqué la section de l'estomac, en amont du pylore, il nous a été impossible, en raison de l'étendue des lésions, de réséquer les tissus attirés et force fut de refermer simplement en cul-de-sac le bout inférieur. »

D'ailleurs, il semble que M. Doyen, en dehors des deux cas où il fit l'exclusion, en quelque sorte malgré lui, l'employa comme moyen thérapeutique dans quelques occasions. Il dit, en effet (2), décrivant les opérations sur l'estomac pour affections bénignes: « N'y a-t-il pas indication de faire l'ablation du pylore, il faut néanmoins l'oblitérer afin d'obtenir un fonctionnement parfait de l'orifice gastro-intestinal. »

Il recommande encore l'exclusion pour d'autres motifs: « en effet, dit-il (3), en cas d'ulcère duodénal,

(1) Doyen: Trait. chir. des mal. de l'estomac, 1895, p. 320.

(2) Doyen: Bulletin médical, 1893, p. 304.

(3) Doyen: Trait. chir. des mal. de l'estomac, 1895, p. 1899.

l'oblitération du pylore normal assure une guérison beaucoup plus rapide, la muqueuse altérée n'étant plus jamais en rapport qu'avec le suc des glandes de Brunner, le suc pancréatique et la bile, et échappant ainsi au contact irritant du suc gastrique et des acides organiques anormaux. »

Il est vrai, comme le fait remarquer M. Chauvel (1), que M. Doyen réservant ce complément de la gastro-entérostomie aux affections du duodénum dans lesquelles le pylore est normal, c'est plutôt là l'exclusion du duodénum que celle du pylore.

En 1895, Von Eiselsberg emploie, avec un plein succès, l'exclusion du pylore comme moyen thérapeutique dans les ulcères d'estomac.

En 1898, M. Chauvel, dans sa thèse, rapporte les observations publiées jusqu'à cette époque. Il montre, par des faits expérimentaux, la facilité et la bénignité de l'exclusion en même temps qu'il en précise la technique.

Il cite des cas assez nombreux où la gastro-entérostomie s'est montrée incapable d'arrêter l'évolution de l'ulcère et d'en faire disparaître les symptômes.

Il soutient que l'opération, chez l'homme, est appelée à compléter la gastro-entérostomie là où celle-ci constitue une intervention insuffisante.

En 1904, M. le Professeur Quénu (2) y voit un

(1) Chauvel : L'exclusion du pylore. Thèse. Paris 1898, p. 16.

(2) Quénu : Bulletin de la société de chirurgie, 4 mai 1904, p. 455.

moyen d'arrêter les hémorragies gastriques dues à l'ulcère : « en dehors de la jéjunostomie, dit-il, je ne verrai théoriquement à conseiller que la gastrotomie. J'entends qu'entre deux ligatures on sectionnerait l'estomac dont chaque tranche serait, bien entendu, invaginée et suturée. L'estomac serait divisé en deux segments, l'un ne renfermant que l'ulcère, l'autre comprenant le reste de l'estomac et la bouche gastro-jéjunale ; on pourrait peut-être, de la sorte, espérer l'arrêt d'évolution et la cicatrisation de l'ulcère ainsi mis véritablement à l'abri du contact alimentaire et digestif. »

Von Eiselsberg rapporte au premier congrès de la société internationale de chirurgie, en 1905, quatre opérations pour ulcères, dont trois saignants et un non saignant. Il obtient la guérison opératoire dans tous les cas et une guérison thérapeutique dans trois d'entre eux. Dans un cas très grave, la mort se produisit au bout de huit mois, par hémorragie.

M. Jonnesco (1), au vingtième congrès français de chirurgie, recommande l'exclusion du pylore contre les affections bénignes de l'estomac et rapporte six cas d'exclusion qu'il a faits avec guérison opératoire dans tous les cas et guérison thérapeutique dans cinq. L'un de ses opérés mourut le septième jour d'hémorragie.

En 1907, des objections d'ordre physiologique sont faites contre la gastro-entérostomie par M. Bréchot (2).

(1) Jonnesco : XX^e^ cong. franc. de chir. p. 1096.

(2) Bréchot : Revue de chirurgie, 1907. Tome 1. p. 112. II p. 284, III 471.

M. Jonnesco (1) y répond en opposant ses propres expériences et dit qu'il a fait vingt exclusions pour ulcère et n'a eu qu'un seul décès.

Enfin, M. Delagénière pratique l'exclusion du pylore deux fois en 1907 et une fois en 1908 avec un plein succès dans les trois cas dont nous apportons les observations.

(1) Jonnesco: XXI[e] cong. de chirurgie, *Presse médicale*, 17 octobre 1908, p. 670.

CHAPITRE III

Formes sous lesquelles se présente l'ulcère d'estomac et troubles qu'il occasionne

Avant d'indiquer les avantages de l'exclusion du pylore sur la gastro-entérostomie seule, il nous paraît nécessaire de décrire sommairement les formes sous lesquelles se présente l'ulcère gastrique et d'énumérer les principaux troubles qu'il occasionne. Il nous sera plus facile ensuite de montrer comment agit l'exclusion sur chacun des symptômes des affections stomacales bénignes.

L'ulcère se présente au chirurgien sous deux aspects principaux : tantôt il est cicatrisé, tantôt, au contraire, il est en cours d'évolution.

1° *Ulcère cicatrisé.* — Dans le cas d'ulcère cicatrisé, les troubles qui nécessitent l'intervention résultent du processus cicatriciel. La sclérose qui remplace l'ulcère, en rétrécissant le calibre de l'estomac ou de l'orifice pylorique met obstacle au passage normal du contenu gastrique dans le duodénum et provoque des contractions énergiques et douloureuses de l'estomac.

Les douleurs, dans ces cas, reconnaissent aussi, bien souvent, une autre cause. Pendant sa période aiguë, l'ulcère est maintes fois accompagné de périgastrite. Le péritoine, ici comme partout, réagit en formant des adhérences qui limitent l'inflammation. Mais, une fois l'ulcère cicatrisé, guéri, ces adhérences persistent; en sorte que la région pylorique où elles se rencontrent le plus souvent se trouve fixée par des fausses membranes aux organes du voisinage. Il est facile de comprendre qu'au moment de la digestion, les mouvements de l'estomac donneront lieu à des tiraillements douloureux de ces adhérences.

L'ulcère cicatrisé, produit, nous venons de le voir, une sténose du canal pylorique. Il en résulte que l'estomac, pour forcer un passage devenu trop étroit va, comme tous les muscles creux, comme le cœur, comme la vessie, s'hypertrophier. De la sorte, il luttera avec plus de succès. Mais bientôt, comme ces autres viscères, la dilatation succédera à l'hypertrophie. L'évacuation de l'estomac deviendra de plus en plus lente jusqu'au moment où elle ne se fera jamais plus complètement. Alors, resteront dans l'estomac des débris alimentaires, créant ou entretenant l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion. En définitive, tous les symptômes, tous les inconvénients de la dilatation et de la stase permanente peuvent être produits par l'ulcère cicatrisé.

2° *Ulcère en cours d'évolution.* — Plus nombreux et plus graves sont les troubles produits par l'ulcère en cours d'évolution.

Douleurs. — Ici, comme dans les cas d'ulcères cicatrisés, nous retrouvons les douleurs stomacales. Elles ont des caractères différents. L'intensité de ces douleurs est beaucoup plus forte; elle est telle que c'est souvent à cause d'elles que les malades demandent l'intervention.

On connaît ces douleurs avec leurs points spinal et xyphoïdien plus ou moins limités, à irradiations dues à la périgastrite ou à l'envahissement des organes voisins par le processus ulcéreux. Elles se produisent par accès et sont rarement sourdes et continues. La pression au niveau de l'appendice xyphoïde ou plutôt un peu plus bas d'après Cruveilhier, suffit à exaspérer ces douleurs. Elles apparaissent aussitôt l'ingestion des aliments que les malades redoutent connaissant bien son effet. Elles sont alors atroces, donnant la sensation de plaie vive, de brûlure, de coup d'épée traversant le corps de part en part si les points spinal et xyphoïdien sont bien marqués. Tant qu'il reste des aliments dans l'estomac, elles persistent, et ne cessent que quand surviennent les vomissements qui les suivent toujours.

Vomissements. — Ceux-ci ne sont pas les moindres inconvénients dus à l'ulcère. Ils se produisent quelquefois à jeûn, mais surtout après les repas, tant qu'il reste des aliments dans l'estomac. Un seul vomissement suffit quelquefois à le vider, mais il en faut souvent plusieurs. Le malade est heureux de les voir survenir, parce qu'ils calment ses douleurs. Mais, comme en témoignent les matières alimentaires plus ou moins digérées, l'assimilation est forcément presque nulle. Il en résulte

que le malade ne tarde pas à maigrir et trop souvent — pour peu que les crises durent quelque temps — à devenir cachectique.

Hémorragies. — Les hémorragies, elles aussi, contribuent à augmenter les conditions de dénutrition, quand elles ne suffisent pas, à elles seules, à mettre en péril la vie du malade. Elles sont quelquefois le premier symtôme révélateur de l'ulcère, mais bien plus souvent elles apparaissent après les douleurs et la dyspepsie. Brusques et sans cause apparente ou suite d'un écart de régime ou d'un traumatisme, elles sont tantôt abondantes, donnant lieu au vomissement d'une quantité de sang considérable, tantôt plus discrètes et apparaissant dans les vomissements qu'elles colorent ou dans les selles sous forme de mœléna.

Gastrite chronique. — Nous n'insisterons pas sur cet inconvénient de l'ulcère dont nous avons déjà parlé à propos de l'ulcère cicatrisé. Qu'il nous suffise de dire que l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion sont la règle, l'hypoacidité l'exception. Cette gastrite accompagne toujours l'ulcère. M. le professeur Hayem et M. Lyon (1) la rencontrent huit fois sur huit estomacs ulcéreux qu'ils ont examinés; les formes en sont différentes; ils en concluent : « il n'y a pas de lésion de la muqueuse spéciale à l'ulcère. On peut y rencontrer toutes les formes de la gastrite parenchymateuse pure ou de la gastrite mixte. »

(1) Brouardel et Gilbert: Traité de médecine., t. IV, p. 423.

Perforation. — Régénérescence cancéreuse. — Nous l'avons vu, l'ulcère peut se cicatriser et guérir spontanément. C'est même le plus souvent ce qui survient, chez les jeunes sujets tout au moins. Mais, il peut aussi gagner en surface et en profondeur et aboutir à la perforation. Dans ces cas, il se produit une péritonite circonscrite ou généralisée dont il est inutile d'indiquer la gravité. Parfois, la perforation, circonscrite par des fausses membranes, se fait dans un des organes voisins, ou, dans la paroi.

Enfin, il ne faut pas oublier, que la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère est aujourd'hui un fait démontré et admis par tous, qui contribue pour beaucoup à assombrir le pronostic éloigné des ulcères qui par leurs symptômes semblent les plus bénins.

Douleurs, vomissemnts, hématémèses, gastrite parenchymateuse simple ou mixte, perforation et dégénérescence cancéreuse : tels sont les troubles occasionnés par l'ulcère et que le chirurgien doit s'efforcer de faire disparaître.

CHAPITRE IV

Insuffisance de la gastro-entérostomie dans les affections stomacales bénignes. — Causes de cette insuffisance

Contre tous les troubles que nous venons de passer en revue, la gastro-entérostomie est une arme insuffisante.

Dans la forme de l'ulcère que nous avons étudiée tout d'abord, c'est-à-dire quand celui-ci est cicatrisé, la sténose et ses conséquences: distension et hyperacidité sont toujours améliorées et le plus souvent guéries par la gastro-entérostomie. M. Jonnesco (1) cite des cas de ce genre opérés depuis huit ou neuf ans et dont les troubles, causes de l'intervention, n'ont pas reparu. M. Monprofit (2), dans son livre sur la gastro-entérostomie cite huit observations de sténose pylorique d'origine bénigne. Tous ses malades, sauf un, mort trois jours après l'opération, ont guéri. Et il conclut en ces termes: « On peut dire, aujourd'hui, que le rétrécissement non néoplasique du pylore est le triomphe de la

(1) Jonnesco. — XX[e] Congrès français de chirurgie, p. 1.097.

(2) Monprofit. — La *gastro-entérostomie*, p. 291.

gastro-entérostomie; et cette opération vivra éternellement, car, à supposer qu'on trouve jamais un jour le sérum du cancer, il est peu probable qu'on découvre un moyen médical de traiter cette forme de sténose!

C'est donc là, ajoute-t-il, la véritable indication pratique de l'anastomose gastro-intestinale, qui, dans ces circonstances, guérit radicalement les malades.

De l'avis de tout le monde, à l'heure actuelle, la gastro-entérostomie est l'opération de choix dans cette affection. »

Les résultats sont donc incontestables au point de vue de la stase et de la dilatation. Mais, il existe néanmoins des cas, rares, à la vérité, où aussitôt l'opération ou peu de temps après, les douleurs ont reparu. C'est que, dans ces cas, comme nous l'avons dit, elles peuvent être dues à des adhérences, qui, unissant la région pylorique aux organes voisins, sont tiraillées au moment des contractions stomacales. Si, lors de l'opération, ces adhérences, souvent indestructibles, n'ont pas été supprimées, on conçoit que, les mêmes causes produisant les mêmes effets, les digestions soient encore pénibles et douloureuses.

D'ailleurs, les cas d'ulcère peptique du jéjunum signalés par M. le professeur Gosset (1), et par M. Vachez (2), dans sa thèse, à la suite de gastro-entérostomie pour sténose cicatricielle montrent l'incapacité

(1) Gosset. — *Revue de Chirurgie*, 1906.

(2) Vachez. — Thèse, Paris, 1907.

dans laquelle se trouve cette opération de modifier d'une façon suffisante la sécrétion de l'estomac. La gastrite qui avoisine l'ulcère et principalement la région pylorique continue à entretenir l'hyperacidité et l'hypersécrétion stomacales.

Bien plus nombreux encore sont les cas où la gastro-entérostomie s'est montrée insuffisante lorsqu'elle s'adressait à des ulcères en cours d'évolution, ou à des sténoses moins complètes.

Ce qui a fait le succès de cette opération, c'est que bien souvent, lorsqu'elle fut pratiquée, le malade arrivait au chirurgien avec des troubles considérables, souvent tels que sa vie était en danger. Il fallait alors pratiquer une opération d'urgence et celle-ci amenait des résultats qu'il est impossible de contester. Tous les chirurgiens ont des statistiques qui les attestent.

Malheureusement, cette opération n'est que palliative.

Elle s'est montrée bien souvent incapable d'arrêter les progrès de l'ulcère et les troubles qui nécessitèrent l'intervention. Par la gastro-entérostomie, si les conditions dans lesquelles il se trouve sont améliorées, l'ulcère, néanmoins, n'est pas mis à l'abri du contact irritant du contenu gastrique. M. Savariaud (1) dans sa thèse, a en effet, montré que l'estomac ne se vidait de son contenu, après la gastro-entérostomie, que quand se produisait la contraction énergique de

(1) Savariaud. — Thèse Paris, 1898.

ce viscère, c'est-à-dire aussi lentement et aussi tardivement que cela se passe normalement, puisque cette contraction n'a lieu que quand la digestion gastrique est complètement terminée.

Voilà pourquoi on trouve si souvent des cas où l'ulcère continue à progresser et où il peut aller jusqu'à la perforation. Les douleurs ne cessent pas ou reparaissent ; les hémorragies se reproduisent.

M. Bréchot (1), dans un article de la revue de chirurgie a réuni un certain nombre d'expériences, qui, tout en expliquant comment s'évacue l'estomac après l'anastomose gastro-intestinale, montrent que cette intervention n'est pas suffisante pour mettre ce viscère au repos.

Il rapporte des expériences publiées par Kelling dans les archives de Langenbeck et que nous allons exposer.

1° On pratique sur un chien une gastro-entérostomie antérieure et on place dans la bouche un tube de caoutchouc que l'on fixe à l'estomac et au jéjunum.

On pratique, ensuite, deux fistules : l'une aboutissant au duodénum et l'autre très rapprochée de l'anastomose sur le jéjunum. Les fistules étant fermées, on injecte, dans l'estomac de l'animal, 200 centimètres cubes de liquide coloré par du carmin. Si une demi-heure après, on ouvre les fistules, on voit

(1) Bréchot. — Revue de chirurgie, 1907. T. I, p. 112, T. II, p. 284, T. III, p. 471.

qu'il s'écoule 100 centimètres cubes de liquide par le duodénum, tandis que le jéjunum n'en donne que cinq. En attendant plus longtemps, la quantité totale de liquide retiré augmente, mais la proportion reste la même. Pourtant, si après avoir sacrifié l'animal, on retire son estomac et qu'on le remplisse d'eau, le liquide s'évacue aussi bien par le pylore que par l'anastomose. M. Bréchot (1) explique ces résultats par le rôle physiologique du pylore vers lequel converge la contraction stomacale. Si le liquide n'obéissait qu'à des lois physiques, il devrait s'évacuer comme après la mort de l'animal. « Nous pensons, dit-il, que la contraction, en se faisant, chasse le liquide vers le pylore, porte naturelle et oblitère la bouche de gastro-entérostomie, soit parce que le tube de caoutchouc qui la maintient ouverte ne peut lui résister, soit, et je crois cette dernière hypothèse plus vraisemblable, parce que la muqueuse mobile de l'organe vient oblitérer, en la voilant, la lumière de la bouche. »

2° Il explique de la même façon l'expérience suivante : on fait une gastro-entérostomie en Y à un chien par le procédé de Roux ; puis, on pratique une fistule duodénale et une fistule jéjunale, cette dernière entre l'estomac et l'entéro-anastomose. Ce chien prend 500 grammes de petit lait et, au bout de 15 minutes, on obtient 35 grammes de liquide par le duodénum, 4 gr. par le jéjunum. L'autopsie montre que la bouche est

(1) Loc. cit. p. 130.

ouverte et que l'eau introduite dans l'estomac s'écoule facilement par elle.

3° On fait une gastro-entérostomie à un chien et on lui lie le duodénum. Ce chien meurt d'inanition. Le chyme s'est accumulé dans le duodénum. Son acidité a fait fermer le pylore et arrêter les contractions de l'estomac. L'autopsie montre que l'eau s'écoule par la gastro-entérostomie. « La conclusion de ces faits, dit encore M. Bréchot, est qu'une bouche de gastro-entérostomie ne fonctionne pas ou fonctionne d'une façon insuffisante quand le pylore, chemin normal, est ouvert ou partiellement rétréci seulement;

Que le duodénum règle la motricité stomacale, ainsi que celle du sphincter pylorique même, et qu'il assure par cette action, l'évacuation physiologique de l'estomac. »

Ces expériences montrent bien pourquoi la gastro-entérostomie, non seulement est incapable d'empêcher la marche évolutive de l'ulcère, mais même de mettre l'estomac au repos en assurant son évacuation rapide; pourquoi ses meilleurs résultats se rencontrent dans les sténoses les plus serrées, par suite de la suppression fonctionnelle du pylore. « Elle joue, dans ces cas, dit M. Bréchot, le rôle d'anus iliaque dans l'occlusion intestinale. Dans les sténoses incomplètes, le cours de l'alimentation se rétablit par le pylore après cessation des phénomènes inflammatoires ou spasmodiques. »

En résumé, la gastro-entérostomie ne peut pas supprimer les douleurs dues à des adhérences de la région pylorique. Elle est incapable de supprimer l'ulcè-

re ou de le mettre dans l'impossibilité de nuire; par conséquent laisse subsister les troubles qui déterminèrent l'intervention.

N'assurant pas une évacuation rapide de l'estomac, elle laisse persister la gastrite parenchymateuse ou mixte et par suite l'hypersécrétion et l'hyperacidité, facteurs importants de l'ulcère peptique du jéjunum.

CHAPITRE V

But de l'exclusion du pylore

D'après ce que nous venons de voir, une bonne intervention devra supprimer les lésions pyloriques ou les mettre à l'abri pour permettre leur guérison; mettre l'estomac au repos pour assurer la guérison des lésions siégeant ailleurs qu'au pylore. Deux interventions sont capables d'amener ces résultats: ce sont la résection pylorique et l'exclusion du pylore. La première de ces opérations est sans contredit la plus rationnelle et la meilleure. Elle supprime d'une façon complète la cause des accidents, si elle siège au pylore, et permet de rétablir le passage physiologique du contenu stomacal dans le duodénum. M. Bréchot cite des cas nombreux où cette opération a produit des résultats excellents. Von Eiselsberg l'emploie avec succès; mais il emploie aussi l'exclusion dont il rapporte quatre cas au premier congrès de la société internationale de chirurgie. M. Jonnesco (1) dit: « dans le traitement chirurgical de

(1) Jonnesco. XX^e^ congrès français de chirurgie. p. 1101.

l'ulcère du pylore, la pylorectomie est l'opération de choix. » Mais il ajoute : « toutes les fois que la résection est impossible, l'exclusion sera employée. »

C'est qu'en effet, la pylorectomie est une opération autrement plus difficile que l'exclusion. L'indestructibilité des adhérences de la région pylorique la rend parfois impossible ou périlleuse. L'exclusion du pylore est au contraire, comme nous le verrons d'après la technique, une opération simple. Aussi, cette année même, au dernier congrès français de chirurgie, M. Jonnesco (1) rapporte qu'il n'a fait jusqu'ici que six résections pour ulcères, tandis qu'il a fait vingt exclusions.

Nous ne nous occuperons pas davantage de la pylorectomie; chaque chirurgien, dans chaque cas donné, réglera sa conduite en se basant sur l'étendue et la gravité des lésions, sur la plus ou moins grande facilité de la résection du pylore, eu égard aux adhérences; sur l'état général du malade.

Nous allons, dès maintenant, mettre l'exclusion pylorique en regard de la gastro-entérostomie.

Contre l'ulcère et les lésions pyloriques, l'exclusion s'attaque directement à la cause et, si elle ne supprime pas anatomiquement les lésions, comme le fait la pylorectomie, tout au moins les met-elle à l'abri du contact irritant du contenu gastrique. Elle leur permet ainsi d'évoluer vers une guérison rapide en même temps qu'elle rend à l'estomac sa mobilité compromise par les

(1) Jonnesco. — XXI Cong. franç. de chir. *Presse médicale*, 17 octobre 1908, p. 670.

adhérences de la région pylorique. M. Jonnesco (1), provoquant expérimentalement des ulcères du pylore chez le chien, les vit guérir après avoir pratiqué chez eux l'exclusion. D'ailleurs les malades ayant subi cette opération et que nous citons au chapitre IX, semblent parfaitement guéris. En effet, les douleurs, les hémorragies, les vomissements disparaissent ; on ne connaît pas encore un cas où l'exclusion ait été suivie, à plus ou moins longue échéance de la perforation de l'ulcère. Il est donc rationnel de penser que l'ulcère se cicatrise rapidement. De plus, si la gastro-entérostomie s'est montrée incapable de diminuer l'hyperacidité et l'hypersécrétion de l'estomac, l'exclusion du pylore, en retirant du trajet suivi par le chyme stomacal la région pylorique, supprime par ce fait la région où s'élabore la plus grande quantité du suc acide, comme le montre notre observation I.

Ce résultat sera d'autant plus sensible que l'évacuation de l'estomac par la bouche gastro-intestinale, supprimera les fermentations secondaires. C'est qu'en effet, cette méthode est encore bonne pour les lésions stomacales siégeant ailleurs qu'au pylore. Nous avons montré, à l'aide des expériences citées par M. Bréchot, que c'était le pylore qui empêchait le fonctionnement de l'anastomose. Si donc on le supprime, tout se passera comme dans le cas de sténose très serrée, l'estomac se videra par la bouche de gastro-entérostomie. Ainsi mis au repos, les lésions stomacales seront dans

(1) Jonnesco. — Presse médicale, 1908, p. 670.

de meilleures conditions pour guérir. La stase gastrique supprimée, les fermentations dont nous parlons plus haut ne se produisant plus, les troubles disparaîtront. En fait, M. Jonnesco l'a bien montré en 1907, au XX^e^ congrès français de chirurgie. Notre observation I, citée plus loin, en est également une preuve manifeste. Chez cette malade, les diverses opérations, la gastro-entérostomie en Y surtout, avaient bien amené des améliorations ; l'exclusion a apporté à cette malade la guérison qu'on peut croire définitive, puisqu'elle se porte aujourd'hui très bien. Ce fait prouve que l'exclusion ne s'adresse pas uniquement à l'ulcère pylorique dont nous avons surtout parlé, parce qu'il est l'indication principale et la plus fréquente de cette opération. Toutes les maladies chirurgicales nécessitant le repos de l'estomac seront heureusement influencées. Les sténoses du pylore — à condition qu'elles soient de nature bénigne, sinon la pylorectomie s'imposerait, — le spasme du pylore, la gastrite ulcéreuse, l'estomac biloculaire seront améliorés et même guéris par cette opération.

CHAPITRE VI

Données physiologiques

Si l'exclusion du pylore est destinée à supprimer et supprime en réalité beaucoup des inconvénients de la gastro-entérostomie, elle n'en est pas moins soumise aux mêmes attaques que cette dernière.

M. Bréchot, dans un article très intéressant et très documenté a apporté contre elle des arguments qui, quoique s'adressant à la gastro-entérostomie se rapportent aussi et peut-être encore davantage à l'exclusion pylorique. « Les données récentes des travaux physiologiques modernes, dit-il (1), montrant l'importance du duodénum dans les phénomènes de la digestion, permettent de savoir la valeur exacte de cet organe dont jusqu'ici, sans s'inquiéter assez, les chirurgiens ont pratiqué l'exclusion physiologique. »

Il nous est donc maintenant nécessaire de jeter un coup d'œil sur la physiologie du duodénum. Nous le

(1) Bréchot. — Revue de chir, 1907, p. 114.

ferons d'après l'article même de M. Bréchot, puis, nous essaierons de répondre à ses objections.

On sait que le suc pancréatique contient trois ferments :

1° La tripsine qui transforme les albuminoïdes en peptones et dont l'action se produit en milieu alcalin à l'inverse de la pepsine ;

2° La lipase qui saponifie les graisses, les transforme en glycérine et acides gras ;

3° L'amylase qui saccharifie le glycogène et l'amidon.

« L'on pensait que le suc pancréatique s'écoulait librement dans l'intestin, que ses ferments possédaient immédiatement toute leur puissance et l'exerçaient sur les divers éléments du chyme. » (1)

Pawlow montre que du suc intestinal dépend l'activité du suc pancréatique. Il découle, en effet, d'expériences physiologiques que le suc entérique augmente, par l'entérokinase, l'action de la tripsine en particulier et aussi celle des autres ferments pancréatiques. Delezenne et Frouin ont montré que l'entérokinase agit sur la tripsine par une sorte de mordançage qui permet à ce ferment de se fixer.

Les expériences montrent qu'il ne s'écoule pas de suc pancréatique par les fistules pratiquées chez les animaux, à jeûn. L'écoulement est provoqué par le passage dans l'intestin du chyme acide. Ceci n'est pas dû à une action réflexe,comme le pensait Pawlow. Si, en

(1) Bréchot. — Loc. cit, p. 115.

effet, par l'atropine on paralyse les fibres excito-secrétoires, inhibitoires et vaso-dilatatrices du pneumogastrique, les fibres secrétoires et vasoconstrictrices du sympathique, on peut, néanmoins, provoquer la sécrétion pancréatique par le dépôt sur la muqueuse de cette anse d'un peu d'acide chlorhydrique, ainsi qu'il résulte des expériences de Balyss et Starling. « Ces auteurs (1) pensent qu'il existe, dans la muqueuse du duodénum et de la partie supérieure de l'intestin grêle, une substance spéciale, la prosécritine; celle-ci au contact de la solution acide provoque la formation d'une substance dite sécrétine qui, apportée par la circulation au pancréas, provoque l'excitation chimique de ses cellules et engendre la sécrétion. »

Cette hypothèse est d'ailleurs vérifiée par l'expérience suivante de MM. Henriquez et Hallion : le sang d'un chien, ayant reçu dans le duodénum une injection d'acide chlorhydrique, amené dans les vaisseaux d'un autre chien, provoque chez ce dernier une abondante sécrétion de suc pancréatique.

M. Bréchot pratique sur un chien une fistule biliaire et une fistule pancréatique en plaçant une canule dans le cholédoque et l'autre dans le canal pancréatique. Chaque goutte, en tombant, s'inscrit automatiquement sur un appareil enregistreur, ce qui lui permet de constater que :

1° L'animal étant à jeûn, il n'y a aucune sécrétion pancréatique; la sécrétion biliaire donne 12 gouttes à la minute;

(1) Bréchot. — Loc. cit. p. 118.

2° L'injection de sécrétine dans les veines provoque une augmentation de la sécrétion biliaire et une sécrétion pancréatique qui, après avoir atteint son maximum, diminue ;

3° Des injections successives de 10 cc., 50 cc., 60 cc. d'acide chlorhydrique à 4 1/2 pour 1.000 dans le duodénum produisent les mêmes effets, quoique plus atténués.

Plaçant des ligatures sur différents points de l'intestin grêle d'un autre chien, il pousse des injections d'acide chlorhydrique successivement dans chacun de ces segments d'intestin. Il constate alors que la fistule pancréatique donne encore du suc si l'injection est faite dans la partie toute supérieure du jéjunum, mais, cette sécrétion est bien inférieure à celle provoquée par une injection duodénale ; elle diminue et disparaît quand on s'éloigne de l'origine du jéjunum. Une injection d'une solution d'acide chlorhydrique à 4 p. 1.000 dans la partie supérieure du jéjunum donne 12 gouttes de suc pancréatique. La même injection faite dans le duodénum en donne 41.

Il en est de même au point de vue de l'intensité de la sécrétion pour le suc entérique. Des fistules placées à différents niveaux dans l'intestin grêle donnent, six heures après le repas, 10 à 20 cc. de suc entérique pour la fistule qui est immédiatement au-dessous du canal de Wirsung. Celle qui est au milieu du jéjunum donne au bout de trois à quatre heures 1 cc. Une fistule iléale ne donne rien.

M. Frouin fait, sur l'intestin d'un chien, une fistule

longue de 25 centimètres, à partir de l'ampoule de Water, puis une deuxième fistule sur les 25 centimètres suivants. L'animal mangeant à 10 heures, de 2 heures à 7 heures l'anse I donne 23 cc. de suc ; l'anse II en donne 7 cc. 5. A jeûn, il n'y a pas de sécrétion dans la seconde fistule, tandis qu'il y a 0 cc. 5 dans la première. Cinq centimètres cubes d'acide chlorhydrique injectés dans l'anse II donne 4 cc. 5 pour la première fistule et 3 cc. 5 pour la seconde, au bout d'une demi-heure. Si on recommence après deux heures de repos, on a 7 cc. provenant de l'anse I et 2 cc. venant de l'anse II. Ceci prouve, en outre, l'action du suc entérique sur le suc entérique.

En définitive, le suc entérique est surtout secrété dans la partie supérieure du duodénum et diminue rapidement, au fur et à mesure qu'on s'en éloigne.

L'ensemble de ces faits témoigne, dit M. Bréchot (1) « que la sécrétion de ces différents éléments est provoquée, sur le même terrain, par les mêmes causes; que leurs variations sont identiques sous l'influence des mêmes modifications expérimentales; et nous ne pouvons qu'être étonnés de l'accord remarquable qui unit pour une activité commune ces éléments différents, accord dont l'origine est la présence du chyme acide dans le duodénum. »

« Nous devons retenir essentiellement que le suc pancréatique, primitivement inactif, ne doit son action qu'à son association avec le suc entérique, que la sécrétion du suc entérique se fait presque exclusivement

(1) Bréchot. — Loc. cit, p. 13.

dans le duodénum (Frouin) ; que la secrétion pancréatique, faite sous l'influence du passage de l'acide chlorhydrique dans le duodénum, est beaucoup plus considérable que celle due au passage de l'acide chlorhydrique dans la partie supérieure du jéjunum. »

« Nous devons en conclure que le passage du chyme dans le duodénum commande la sécrétion du suc entérique et, quoique moins, celle du suc pancréatique, elle commande l'association fructueuse de leurs diastases et règle les phénomènes digestifs importants. »

En fait, Gaulthier a vu qu'un chien, ayant subi la pylorectomie et la gastro-entérostomie, n'utilise que 8 pour 100 des graisses au lieu de 95 pour 100, chiffre normal.

Les fèces des chiens porteurs de fistules pancréatiques contiennent 26 à 33 pour 100 d'azote au lieu de 5 à 6 pour 100, ce qui prouve la mauvaise assimilation des albuminoïdes.

Un grand nombre de gastro-entérostomisés présentent des diarrhées abondantes.

Un gastro-entérostomisé, soumis à un repas où la graisse était rigoureusement dosée, a éliminé dans ses fèces, 32, 4 pour 100 de graisse au lieu de 5 à 6 pour 100, qui est la normale.

S'il faut en croire ces nombreuses et belles expériences, la gastro-entérostomie, l'exclusion du pylore suivie d'anastomose gastro-intestinale surtout est une mauvaise opération. Les malades qui la subissent, ne devraient pas tarder à se cachectiser et à mourir, par suite du défaut de digestion pancréatique et intestinale.

Heureusement d'autres faits permettent de voir que dans la pratique, les suites d'exclusions pyloriques, comme d'ailleurs celles d'autres opérations où le duodénum est physiologiquement exclu ne sont pas si funestes qu'on serait tenté de le croire si on ne tenait compte que des données physiologiques expérimentales.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la communication de M. Jonnesco (1) au dernier congrès de chirurgie : « On a accusé, dans ces derniers temps, cette opération (l'exclusion du pylore) d'avoir, à plus ou moins longue échéance, des résultats funestes pour les malades. On a dit que le suc gastrique ne passant plus dans le duodénum, l'action réflexe exercée par ce suc sur la sécrétion pancréatique ne se produisait plus, que cette sécrétion se trouvait ainsi supprimée ou fortement diminuée et que, de ce fait, la digestion des malades se trouvait gravement troublée, d'où cachexie progressive et mort.

Or, des recherches expérimentales, entreprises par M. Jonnesco, sur le chien, il résulte que le passage direct du suc gastrique dans le jéjunum, par la gastro-entéro-anastomose, suffit à provoquer le réflexe pancréatique. »

N'ayant pas pu avoir connaissance des détails de ces dernières expériences, il ne nous est pas possible de les opposer à celles, si complètes, de M. Bréchot. Mais, nous avons d'autres arguments.

(1) Jonnesco. . . xxi. Cong de chir. *Presse méd.* 1908, p. 670.

Et tout d'abord, rappelons ce qui est admis de tous, que les meilleurs résultats de la gastro-entérostomie s'observent chez les malades ayant un rétrécissement très serré du pylore.

De plus, les trois observations que nous apportons à l'appui de notre thèse justifient cette exclusion. C'est pour ces cas que M. Delagénière disait, au dernier congrès français de chirurgie, avoir eu de bons résultats. Ces malades sont encore en bonne santé, l'une au bout de trois mois et deux au bout d'un an, malgré qu'elles ne suivent aucun régime.

Von Eiselsberg rapporte, au premier congrès de la société internationale de chirurgie, quatre cas d'exclusion qui ont donné tous, sauf un, d'excellents résultats.

M. Jonnesco (1) a rapporté, au dernier congrès français de chirurgie, plusieurs nouveaux cas suivis de succès. Il a fait, jusqu'à ce jour, 20 exclusions du pylore, il n'a eu qu'un seul décès.

Il disait déjà, en 1907 (2), qu'il avait pratiqué 6 exclusions en 1906 et 3 en 1907; « dans tous les cas, disait-il, j'ai obtenu la guérison opératoire, et le résultat thérapeutique a été excellent, sauf dans un cas. » Le malade mourut le septième jour, d'hémorragie. « Dans tous les autres cas, les opérés ont largement bénéficié de l'exclusion du pylore; les douleurs, l'hémor-

(1) Jonnesco. — Loc. cit.

(2) xx. Congrès franc. de chir. Paris, 1907, p. 1096.

ragie, l'hyperacidité et l'hypersécrétion gastrique ont complètement et rapidement cédé et, dans tous ces cas, la guérison se maintient encore. »

M. Bréchot (1) cite des cas, assez nombreux, où les troubles cessèrent après la résection du pylore et la gastro-entérostomie. Dans ces cas, pourtant, le chyme acide de l'estomac ne venait plus exciter la muqueuse duodénale.

Il y a plus : il y a des malades qui, ayant subi la gastrectomie totale pour cancer de l'estomac, opérés par le procédé de Billroth, deuxième manière, ont succombé à des récidives de leur néoplasme où sont encore en vie au bout d'un espace de temps considérable.

M. Delagénière cite, dans un travail récent (2), six guérisons de cancer par gastrectomie totale ou subtotale, dont un des malades n'est mort de récidive qu'au bout de trois ans et dont un autre vit encore, en excellente santé, plus de deux ans après son opération. « Dans ces cas, dit-il, non seulement le chyme acide ne peut plus passer chez eux dans le duodénum, mais encore, puisqu'ils n'ont plus d'estomac, ils ne peuvent même plus secréter l'acide nécessaire à la digestion intestinale. La physiologie se trouve donc encore une fois en désaccord avec la clinique! »

Nous ne croyons pas pouvoir donner de meilleure conclusion à ce chapitre qu'en citant ces paroles de

(1). Bréchot. — Loc. cit., p. 471 et suivantes

(2) H. Delagénière. — *Arch. prov. de chir.* 3 mars 1908.

M. Delagénière qui font suite aux précédentes : « C'est qu'en clinique, la pathologie vient modifier les conditions vitales de l'organisme, qui se transforme peu à peu pour s'adapter aux conditions nouvelles qui lui sont imposées. C'est au chirurgien à ne pas dépasser les limites rationnelles ; mais nous nous demandons où en serait la chirurgie si nous nous étions arrêtés aux conclusions souvent si rigoureuses des physiologistes. »

CHAPITRE VII

Indications de l'exclusion du pylore

Il nous sera facile de donner les indications de l'exclusion du pylore comme complément de la gastro-entérostomie, maintenant que nous connaissons les bons et les mauvais résultats de cette dernière opération quand elle est seule pratiquée.

A l'heure actuelle, étant donné que l'anastomose gastro-intestinale est presque toujours suffisante dans les cas de sténose simple du pylore, elle sera seule employée. Toutefois, si les accidents pour lesquels fut pratiquée l'intervention se reproduisaient, on ferait secondairement l'exclusion du pylore. Nous sommes, d'ailleurs, convaincus que plus tard, quand cette opération aura été faite plus souvent, en un mot, quand elle sera mieux connue, on la pratiquera d'emblée dans ces cas.

S'il s'agissait de sténoses d'origine maligne, si la gastrectomie ou la pylorectomie est impossible, l'exclusion le sera sans doute également. Nous ne croyons pas, d'ailleurs, qu'elle ait une grande influence dans ces cas. Là encore on se contentera de la gastro-entérostomie.

Au contraire, dans les cas d'ulcères, de gastrite ulcéreuse, d'estomac en bissac, nous estimons que l'on devra pratiquer d'emblée l'exclusion du pylore qui empêchera le retour des accidents. Car, nous savons maintenant que, trop souvent, la gastro-entérostomie s'est montrée incapable d'arrêter la marche progressive de l'ulcère, d'arrêter les hémorragies et l'hypersécrétion, de calmer les douleurs.

CHAPITRE VIII

Technique

La technique que nous indiquons est celle que nous avons vu employer par M. Delagénière.

Elle comprend les temps suivants: 1° Laparatomie médiane sus-ombilicale;

2° On pratique une gastro-entérostomie postérieure de Von Hacher suivant la méthode ordinaire. Les sutures de cette gastro-entérostomie sont faites de la façon suivante: *a*) sutures à la soie des deux séreuses postérieures à l'aide de l'aiguille à coudre ordinaire; *b*) section au ciseau après ponction parallèlement à la suture, des tuniques stomacales et intestinales à un demi centimètre de la ligne de suture; *c*) suture, bord à bord des lèvres intestinales et gastriques; *d*) suture séro-séreuse antérieure avec les chefs qui avaient servi à faire la suture séro-séreuse postérieure;

3° Effondrement des deux épiploons gastro-colique et gastro-hépatique aux points qu'on a choisis pour la section gastrique. Une compresse stérile est passée derrière la face postérieure de l'estomac, au niveau de la future ligne de section. Cette compresse est destinée à

protéger le champ opératoire contre le contenu gastrique qui pourrait s'échapper au moment de la section;

4° Deux pinces droites à coprostase sont placées de chaque côté de la ligne où l'on fera l'incision.

5° Section de l'estomac, de la grande à la petite courbure;

6° Fermeture des deux orifices. Un aide retourne légèrement la pince à coprostase du côté à suturer, de façon à bien présenter la tranche au chirurgien.

Celui-ci commence par faire un premier plan de suture sur la muqueuse. C'est un surjet à points serrés qui a pour avantage qu'en même temps qu'il rapproche les lèvres, il assure l'hémostase.

On enlève alors la pince à coprostase.

On fait, ensuite, un deuxième plan de suture, musculo-séreux celui-là.

Enfin un troisième plan séro-séreux.

Après avoir opéré ainsi sur la tranche pylorique, le chirurgien recommence la même opération sur l'autre tranche.

Il convient d'ajouter que le surjet qui forme ces sutures est arrêté tous les quatre points environ par un point arrière;

7° Suture de la paroi abdominale.

La technique de Von Eiselsberg diffère de celle que nous venons d'exposer. Ce chirurgien ne divise que peu à peu son estomac. Il pratique, au fur et à mesure, les deux sutures muqueuse et musculo-séreuse. La première est un surjet, la seconde se compose de points

séparés. Il évite ainsi l'issue du contenu gastrique. Mais cette manière de faire est beaucoup plus longue. D'ailleurs, les pinces à coprostase suffisent largement à empêcher cet accident de se produire.

Ajoutons enfin, avec M. Jonnesco, que la section doit porter assez loin du pylore. Cela permet, en effet, d'extérioriser la portion d'estomac sur laquelle on va opérer. De cette façon l'opération est plus facile et moins dangereuse au cas où il s'écoulerait une petite quantité de liquide de l'estomac. On a, en outre, l'avantage, en procédant ainsi, d'exclure toute la fosse juxta-pylorique où existent souvent de petites ulcérations, et qui est, presque toujours, le siège de prédilection de la gastrite chronique.

Disons, pour terminer, que pendant les huit jours qui précèdent l'opération, il est fait, chaque matin, au malade, un lavage d'estomac à l'eau de Vichy, à l'aide du tube de Faucher. Ce lavage est fait le matin même de l'opération.

Pendant les deux jours qui la suivent et même un peu plus longtemps après, s'il est besoin, on recommence des petits lavages chaque fois que le malade a besoin de vomir, comme il arrive à la suite de l'anesthésie chloroformique. Le but de ces lavages est de soulager le malade et d'empêcher les tiraillements des sutures au moment des efforts que produisent les vomissements.

C'est, en effet, des sutures que dépend le succès de l'opération. C'est pour cette raison qu'il est nécessaire d'en faire trois plans et d'arrêter les points de temps en temps, afin que si l'un d'eux venait à lâcher, les voi-

sins tiendraient suffisamment pour empêcher tout accident de se produire.

Le jour même de l'opération, il n'est pas donné d'autre chose au malade que du tilleul glacé. Les jours suivants, on reprend, peu à peu, l'alimentation, comme il est indiqué dans les observations, au chapitre qui va suivre.

CHAPITRE IX

Résultats. — Observations

Nous avons parlé, au cours de ce travail, des résultats obtenus par MM. Von Eiselsberg et Jonnesco ; nous n'y reviendrons pas. Nous nous contenterons d'exposer les observations des trois malades sur lesquels M. Delagénière a pratiqué l'exclusion du pylore.

OBSERVATIONS

Obs. I. (Due à l'obligeance de M. Delagénière)
Inédite (1)

Gastrite ulcéreuse; périgastrite et estomac en bissac. — Pancréatite chronique et infection des voies biliaires. — Gastro-entérostomie en Y et cholécystostomie. — Appendicectomie. — Exclusion du pylore. — Guérison.

La nommée D... Emilie, âgée de 22 ans, m'est adressée à la clinique par le Docteur Clausse, de Parigné-l'Evêque, pour une affection rebelle de l'estomac.

Cette malade a été réglée à 15 ans et a toujours souffert de ses règles, qui venaient toujours d'une façon très irrégulière. Toujours chétive et mal portante, elle est entrée à l'hôpital du Mans, il y a 3 ans, pour de l'anémie; mais déjà, à cette époque,

(1) La première partie de cette observation comprenant la gastro-entérostomie et la cholécystostomie,, a été publiée par M. Delagénière, dans les archives provinciales de chirurgie: n° 5, mai 1906.

elle souffrait de l'estomac. A la suite d'une chute qu'elle a faite sur le ventre, les douleurs de l'estomac s'accentuent et prennent, par moment, un caractère d'acuité très accusé. La malade se plaint alors de brûlures de l'estomac; l'appétit est conservé, mais le moindre aliment provoque ces brûlures qui, elles-mêmes, déterminent des crises de gastralgie extrêmement pénibles. A cette période, le diagnostic porté est gastrite ulcéreuse, sans dilatation d'estomac et la malade est mise au régime lacté absolu. Le régime lacté, suivi rigoureusement, amène une amélioration passagère; mais bientôt le lait est mal toléré et quelques vomissements apparaissent.

Au régime lacté, on ajoute les alcalins qui procurent un soulagement indéniable. La malade se croit même assez bien pour reprendre momentanément le régime ordinaire; mais, au bout de quelques jours, les accidents reprennent avec une intensité nouvelle. Les crises gastriques sont très vives et parfois sont suivies de vomissements. La malade a des alternatives de constipation et de diarrhée et alors, dans les selles, on trouve quelquefois des membranes et quelquefois des filets de sang.

Cet état persiste pendant deux années avec alternative d'amélioration ou, au contraire, d'aggravation. L'état général devient de plus en plus mauvais; la malade se fatigue du régime lacté, qui ne lui procure plus de soulagement; et c'est alors qu'elle rentre à la Clinique le 6 juin 1904.

Etat à l'entrée. — L'état général est mauvais; la malade est pâle et émaciée. Au sommet droit, la respiration est rude mais on ne trouve pas de craquement; rien au cœur. La malade présente, autour, des malléoles de chaque côté de l'œdème cachectique.

L'examen du système nerveux ne fournit pas de renseignements

bien importants; cependant, les réflexes pharyngé et conjonctival sont très diminués.

L'appétit est conservé; mais la déglutition est parfois entravée par des régurgitations tellement acides et brûlantes qu'elles déterminent de véritables spasmes de l'œsophage. Lorsque les aliments arrivent dans l'estomac, la malade éprouve bientôt une sensation de réplétion; puis, les douleurs éclatent; les douleurs siègent au creux épigastrique et s'étendent transversalement des deux côtés; parfois elles sont si vives que la malade pousse des gémissements; d'autres fois, elles s'irradient vers l'épaule droite comme de véritables coliques hépatiques; enfin, rarement, elles donnent lieu à des coliques intestinales, qui se terminent par une selle plus ou moins copieuse, toujours très liquide. Certains jours, les phénomènes douloureux sont moins aigus, la malade a la sensation qu'elle ne vide pas son estomac; elle a un malaise continuel qui persiste un jour, rarement deux, jusqu'à ce qu'un vomissement abondant vienne la soulager; mais toujours, après le vomissement, l'estomac redevient intolérant.

A la percussion, après avoir fait prendre à la malade un verre d'eau de Vichy, on trouve du clapotement qui descend au-dessous de l'ombilic, mais qu'on ne perçoit qu'à gauche de la ligne médiane.

Le foie est légèrement augmenté de volume et dépasse un peu les fausses côtes, en avant, tandis qu'en arrière, la matite est augmentée. La rate paraît normale.

Le lavage de l'estomac, fait à jeun, ramène des mucosités filantes et un peu de bile; après un repas d'épreuve, le suc gastrique est trouvé très acide. Enfin, en faisant avaler des raisins de Corinthe à la malade, on les retrouve dans le lavage, fait le lendemain.

Le diagnostic porté est donc gastrite ulcéreuse avec insuffisance pylorique.

Malgré cela, avant de recourir à l'opération et sur les conseils du Dr Langevin, la malade est soumise au traitement par le bismuth à hautes doses Elle suit ce traitement très rigoureusement pendant 10 jours, mais n'en éprouve aucun soulagement; elle réclame alors l'opération que nous pratiquons le lendemain.

1re *Opération.* — Le 21 juin 1904. — Gastro-entérostomie en Y. — En présence des Drs Clausse, Meyer et Goëau, une incision exploratrice médiane est pratiquée au-dessus de l'ombilic. L'exploration permet de reconnaître un estomac en bissac. La striction, qui paraît d'ordre cicatriciel, siège au niveau de l'antre prépylorique.

La dilatation droite représente à peine le tiers de la dilatation gauche. Lorsque l'on presse une de ces dilatations, on refoule facilement dans l'antre, les gaz et les liquides contenus dans l'estomac. Au niveau de la striction, les parois de l'estomac paraissent épaissies et la constriction est faite aux dépens de la grande courbure de l'estomac, tandis que la petite courbure a conservé son apparence normale. Il existe au niveau du pylore, des adhérences qui sont sectionnées avec soin. Je pratique alors une gastro-entérostotomie postérieure en Y, par le procédé de Roux, de Lausanne. Le grand épiploon et le côlon sont sortis hors de la cavité abdominale et renversés en haut. Le méso-côlon est effondré et la face postérieure de l'estomac est explorée avec le plus grand soin. Cette face postérieure présente des adhérences intimes au niveau de la striction de l'antre pylorique et du pylore. Ces adhérences ne peuvent être séparées, sans déterminer une hémorragie abondante du pancréas. Elles sont donc laissées en place et je pratique l'anastomose en Y, au niveau de la partie déclive de la

grosse tubérosité de l'estomac. Cette partie de la face postérieure de l'estomac est attirée dans la brèche mésocolique et le jéjunum sectionné à environ 15 centimètres du duodénum, y est implanté au moyen de deux rangs de suture. Le bout supérieur est ensuite implanté latéralement de la même façon dans le jéjunum à 5 ou 6 centimètres environ au-dessous de l'anastomose gastrique. Le ventre est refermé sans drainage.

Suites. — Les suites sont simples et la malade guérit de son opération sans incident. Dès l'opération, les liquides passent et, au bout de huit jours, on commence les aliments en purée. Ils sont bien tolérés. Quelques jours plus tard, on fait prendre des œufs à la malade et un peu de viande. Mais, après quelques jours, les digestions deviennent lentes, la langue se charge et on est obligé de reprendre l'alimentation liquide.

Elle quitte la clinique le 12 juin, digérant très bien le lait, les pâtes et les bouillies de différentes farines. Je lui conseille de suivre ce régime pendant un mois.

31 *Juillet* 1904. — Je revois la malade; elle a considérablement augmenté de poids; elle digère de plus en plus facilement, mais éprouve toujours des douleurs au siège de la vésicule; les douleurs se portent dans la région dorsale et s'irradient aussi bien à gauche qu'à droite. Je lui conseille de faire usage de la viande et des œufs et, comme elle se plaint de pyrosis, je lui prescris du bicarbonate de soude, à la dose de 5 grammes, après chaque repas. Deux mois plus tard, la malade se plaint toujours des mêmes douleurs; mais elle a engraissé et repris bonne mine; elle continue l'usage du bicarbonate de soude pour combattre le pyrosis.

Le 15 octobre, elle revient me voir, elle a eu une crise violente au niveau de la vésicule biliaire et elle souffre de douleurs dans le dos depuis ce moment. L'examen du foie ne revèle rien. La

vésicule n'est pas distendue et il n'y a pas d'ictère. Une pression exercée dans la région pylorique et vésiculaire détermine une douleur fixe et assez vive. Je conseille le traitement suivant: chaque matin, 60 grammes de glycérine; régime lacté absolu en faisant précéder chaque tasse de lait d'un verre à Bordeaux d'eau de Vichy chaude. Ce traitement est suivi rigoureusement pendant trois semaines, et, à ce moment la malade paraît très améliorée; elle dit cependant avoir ressenti à deux reprises des coliques assez vives, siégeant toujours au niveau de la vésicule. Elle retourne alors chez elle et je suis trois mois sans la voir.

Elle revient alors, se plaignant de nouvelles crises douloureuses au niveau de la vésicule. D'abord, très bien elle s'est remise à manger de la viande, à boire du cidre. Les acides de l'estomac ont reparu immédiatement, bientôt suivis de crises douloureuses. A l'examen, l'estomac paraît en bon état; il n'est pas dilaté. La vésicule paraît douloureuse à la pression; mais le foie n'est pas augmenté de volume. La crise douloureuse a pour point de départ le siège de la vésicule. De là les douleurs s'irradient dans le dos et transversalement à gauche. Elles sont violentes, surtout après les repas. Je prescris à nouveau la glycérine et le régime lacté.

Vers le 15 avril 1905, je revois la malade, qui souffre toujours, mais dont l'état général est excellent. Elle indique toujours comme point de départ de ses souffrances, la vésicule et la région pylorique. Elle dit avoir eu plusieurs selles graisseuses. Je pense aussitôt à des accidents de pancréatite chronique avec retentissement sur les voies biliaires, et conseille à la malade de recourir à une nouvelle opération destinée à explorer ses voies biliaires, son pancréas, et sans doute à drainer ses voies biliaires.

Pour des raisons d'ordre privé, elle diffère son opération au

mois suivant. Elle rentre à la clinique le 20 mai. Son état général est bon; et cependant on trouve quelques râles au sommet du poumon droit. Dans ses urines, on trouve des pigments biliaires, mais il n'existe ni sucre ni albumine. A aucun moment, pendant la semaine qui précède l'opération, on ne trouve de graisse dans les selles.

2° *Opération.* — Le 26 mai 1905. — Cholécystostomie. — En présence des Drs Clausse, Roger et Meyer, je pratique une incision sur le bord du droit, et je trouve le pylore adhérent à la paroi en trois endroits. Je sectionne ces trois adhérences; puis, examinant l'estomac, je peux constater qu'il a perdu sa forme en bissac *complètement*. La face antérieure est absolument libre; et il ne reste aucune trace de la cicatrice rétractile observée lors de la première opération. Je vérifie ensuite l'anastomose en Y, elle fonctionne parfaitement, et n'est adhérente nulle part. Passant aux voies biliaires, j'explore la vésicule, qui ne contient pas de calculs, et, introduisant le doigt dans l'hiatus, je sens comme une tumeur dans la tête du pancréas. Cette induration est assez nette pour me faire croire qu'il s'agit d'un gros calcul des voies biliaires. Cependant je ne tarde pas à reconnaître qu'il s'agit seulement de la glande pancréatique.

Je me propose d'agir sur cette pancréatite chronique, en drainant les voies biliaires dont l'infection me paraît probable, par ce seul fait qu'il existe de la pancréatite chronique.

J'extériorise le fond de la vésicule au moyen d'un surjet séro-séreux, ferme le péritoine pariétal, et enfin établis à travers le muscle droit une fistule biliaire. La bile qui s'écoule en ce moment est épaisse et boueuse, je place dans la vésicule un long tube en caoutchouc destiné à amener la bile à travers le pansement dans un récipient.

Les suites opératoires sont normales. La malade se sent complètement soulagée après l'opération. Dès le deuxième jour, elle digère le lait et on peut commencer les purées et les potages, le sixième jour.

Les fils sont retirés le neuvième jour et la plaie est complètement guérie.

La bile a été rendue en quantité considérable pendant les six premiers jours. Cette bile était vert foncé et laissait un dépôt brunâtre très épais. Le septième jour, elle diminue de quantité et peu à peu le dépôt brunâtre disparaît. On prescrit de temps en temps de petites doses de calomel, qui sont parfaitement tolérées. Le dix-huitième jour, la bile paraît normale; elle est transparente et ne forme plus de dépôt. L'état général de la malade est devenu très satisfaisant. Elle peut manger de la viande sans souffrir de l'estomac. Le drainage biliaire est supprimé, et, quelques jours plus tard la fistule est fermée. La malade quitte la clinique vingt-quatre jours après son opération.

Etat à la sortie. — La malade est mieux; elle mange avec plaisir et sans souffrir. La viande grillée, les purées, les potages et les œufs sont bien tolérés. On trouve toujours des râles au sommet droit.

Le 26 juillet 1905, je revois la malade; elle a mauvaise mine, recommence à souffrir de l'estomac depuis une huitaine. Elle m'apprend qu'elle a repris le régime de tout le monde, qu'elle boit du cidre, mange de tout. Pendant six semaines après son retour, elle n'a ressenti aucun malaise; puis elle s'est enrhumée, a fait de la bronchite et depuis elle ne s'est pas remise. Elle crache et s'aperçoit qu'elle maigrit.

A l'auscultation, je trouve des râles crépitants au sommet droit et une diminution de la sonorité. Je conseille à la malade de

revoir son médecin, qui la traite par des révulsifs et la suralimentation.

A la fin d'août 1905, elle revient me voir; elle tousse toujours, ses crachats contiennent des bacilles; mais elle supporte la suralimentation, tout en se plaignant de temps en temps de douleurs en ceinture comme autrefois. Je lui conseille de revenir me voir tous les quinze jours et je puis ainsi me rendre compte qu'elle prend régulièrement du poids (de 1200 grammes à 2 kilos par mois), que les râles disparaissent peu à peu, mais que la percussion révèle toujours une zone mate, sous la clavicule droite et dans la fosse sous épineuse du même côté.

Dans les derniers jours de décembre 1905, la malade fait l'effet d'une tuberculeuse qui lutte contre le bacille avec facilité. Les digestions sont habituellement bonnes, elle mange de tout, mais ne peut supporter ni le vin, ni le cidre. Parfois elle ressent des douleurs en ceinture, survenant sous forme de crises légères. Elle prétend trouver quelquefois de la graisse dans ses selles.

Le 25 mars 1906, la malade entre à l'hôpital, dans un service de médecine où elle est traitée pour anémie. Elle se plaignait, à ce moment, de douleurs au niveau de l'ombilic et surtout dans le flanc droit.

Rentrée chez elle, elle suit un régime composé de lait et de purées. Elle s'applique des cataplasmes sur l'abdomen au moment des crises.

Le 25 février 1907, elle entre de nouveau à l'hôpital, se plaignant de douleurs au niveau de l'appendice; elle a parfois des selles sanglantes; pas de vomissements, pas de fièvre. Douleurs provoquées au point de Mac Burney; ventre un peu ballonné.

Troisième opération. — Le 11 mars 1907, incision sur le bord

du droit, section de nombreuses adhérences et appendicectomie. Sort guérie le 1er avril 1907.

Aux mois de mai et juin de la même année, les douleurs d'estomac réapparaissent. Elles ont lieu par crises violentes durant quatre ou cinq jours, chaque semaine pendant trois semaines. Elles se produisent surtout après l'ingestion des aliments. Le régime lacté, le bismuth, le repos complet, n'amènent pas d'amélioration.

Elle entre salle Dupruytren, le 29 septembre 1907. Elle est mise au régime lacté pendant 10 jours. On lui fait tous les jours pendant 14 jours, des lavages d'estomac qui amènent une très légère amélioration. Elle a de la stase stomacale et des troubles de régurgitation.

Quatrième opération. — Le 21 octobre 1907, la parotomie médiane sus-ombilicale. Il y a quelques adhérences autour du pylore; l'estomac est distendu par des gaz. L'anastomose fonctionne très bien, il n'y a pas trace de rétrécissement. On fait un orifice dans chacun des ligaments gastro-hépatique et gastro-colique. On passe une compresse qui est glissée derrière l'estomac. L'estomac est saisi entre deux pinces clamp et sectionné. On fait à la soie un surjet sur la muqueuse de chaque tranche. Un second surjet séro-musculaire; enfin un troisième surjet séro-séreux. On referme la plaie abdominale.

Suites opératoires. — Le 21 octobre, lavements avec 300 gr. de sérum, toutes les trois heures. Lavage d'estomac pendant huit jours à partir du 26 octobre.

Alimentation:

Le 21 et le 22, tilleul;

Du 23 au 30, lait, eau de Vichy;

Du 30 octobre au 4 novembre, lait, bouillon;

Le 4 novembre, lait, bouillon, 1 œuf;

Le 6 novembre, lait, bouillon, 1 œuf, purée;

Le 12 novembre, apparaissent quelques douleurs à l'estomac et au flanc droit, accompagnées d'un léger ballonnement du ventre. On fait des applications de glace et tout rentre dans l'ordre.

La malade sort guérie, le 28 décembre 1907.

L'examen du suc gastrique, prélevé le 20 octobre et le 10 décembre, a donné les résultats suivants:

Le 20 octobre:	Acidité totale:	2,70	par litre.
—	Chlore total:	5,47	»
Le 10 décembre:	Acidité totale:	1,90	par litre.
—	Chlore total:	4,16	»

Suites éloignées. — Revue le 10 janvier 1908. L'état est très bon; la malade a engraissé de 5 kilos 500; elle n'a plus de renvois acides; elle digère tous les aliments; elle n'est plus hypochondriaque.

Revue le 21 octobre 1908 — La malade est en excellent état; elle ne souffre plus de l'estomac; les digestions sont normales; elle a un aspect florissant. Il est vrai qu'elle vient de suivre, à l'hôpital, pendant trois semaines, un régime lacté mitigé, mais rigoureusement surveillé. Les accidents qu'elle présentait semblent être la conséquence d'un abus de crudités, de salades, de vinaigre, de fruits verts.

Obs. II, inédite (due à l'obligeance de M. Delagénière)

Ulcère de l'estomac, Gastro-entérostomie, Exclusion du pylore, Guérison

B... Estelle, née B..., 31 ans, journalière, Clermont, Sarthe.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 62 ans, atteint de débilité sénile; mère morte à 57 ans, d'un cancer de l'intestin;

deux frères et une sœur bien portants; une sœur morte à 10 ans de diphtérie.

Antécédents personnels. — Pendant les 7 premières années de sa vie, la malade vomit presque régulièrement deux ou trois fois par semaine.

De 7 à 12 ans elle est atteinte de diarrhée fréquente et abondante qui l'empêche la moitié du temps d'aller à l'école. Les vomissements existent encore, mais, moins fréquents.

Réglée à 14 ans, ses règles sont normales.

De 12 à 17 ans, elle se porte bien.

A 17 ans, la malade ressent des douleurs dans la fosse iliaque gauche et dans le flanc du même côté. Elle suit un traitement qui dure deux mois, puis elle reprend son travail momentanément interrompu. Enfin, elle est traitée pour de l'anémie jusqu'à l'âge de 24 ans. A cette époque, elle se marie. Après son mariage, les règles deviennent plus abondantes et durent plus longtemps (8 jours); elles s'accompagnent de coliques assez fortes, les deux premiers jours.

La malade a trois accouchements normaux, donnant des enfants bien portants: un garçon en 1901, une fille en 1902, une autre en 1906. Des douleurs vagues sont toujours ressenties du côté de l'estomac.

En fin mai 1907, les vomissements se reproduisent tous les jours, pendant quinze jours. La malade se purge et les vomissements s'arrêtent. En août 1907, ils reparaissent, se produisant à jeûn, le matin, ainsi qu'environ une heure après les repas. La malade est traitée par la potion de Rivière, du bicarbonate de soude, du bismuth, du tilleul, de la morphine. Elle suit en même temps un régime composé de lait, de bouillon, de purées. Rien ne peut atténuer les souffrances, qui, dès cette époque, devien-

nent insupportables. Au mois de septembre, le régime lacté diminue les vomissements et calme les douleurs au moment de l'ingestion, mais, elles reprennent une heure après et durent 3 ou 4 heures.

A noter, au début de septembre, quelques hématémèses, le soir, avant dîner, pendant trois ou quatre jours, puis, à partir de ce moment il se rencontre quelques filets de sang, seulement dans les vomissements, pendant deux ou trois jours. En même temps apparaissent la fièvre et la céphalalgie.

En fin de septembre, les vomissements disparaissent, mais, les douleurs deviennent atroces. La malade n'a ni constipation ni diarrhée; elle n'a jamais remarqué de selles noires.

La malade entre à l'hôpital du Mans, le 16 octobre 1907 et est placée dans le service de M. Delagénière. Elle présente les mêmes symptômes que précédemment et ils continuent à s'aggraver. Les douleurs d'estomac sont lancinantes; elles durent plusieurs heures consécutives avec quelques accalmies d'une heure tout au plus. La pression au creux épigastrique les réveille et produit des irradiations dans les flancs. Cette douleur est esquissée un peu au-dessous de l'appendice xyphoïde et en un point correspondant aux premières vertèbres lombaires. La percussion indique que l'estomac est dilaté. Il descend presque jusqu'à l'ombilic. Depuis le jour de son entrée, jusqu'à celui de l'opération, la malade est mise au régime lacté absolu. Les vomissements disparaissent, les hématémèses ne se reproduisent plus. Mais, les douleurs persistent. Tous les jours, on fait un lavage d'estomac avec de l'eau additionnée de 10 grammes de sous-nitrate de bismuth. Ces lavages calment les douleurs pendant deux heures environ.

Rien à signaler du côté des appareils respiratoires circulatoires et urinaires.

Opération. — Elle est pratiquée le 25 octobre 1907. Anesthésie au chloroforme.

Laparatomie médiane sus-ombilicale. L'ulcère a amené l'adhérence complète de la face postérieure de l'estomac qui s'est dilaté par sa face antérieure.

1° Gastro-entérostomie postérieure de Von Hacher. Sutures à la soie et à deux plans.

2° Exclusion du pylore en sectionnant l'estomac à 2 cm. du pylore entre deux pinces et suture à trois plans de chaque tranche à la soie.

Le pylore était large et dilaté; à sa face postérieure se trouvait l'ulcération.

Suites opératoires. — Normales. A partir de l'opération, la malade ne ressent plus aucune douleur.

Régime:

25 et 26 octobre: tilleul;

27 octobre: lait, eau de Vichy;

Du 28 octobre au 2 novembre: lait et bouillon;

Du 3 au 7 novembre: lait, bouillon, 1 œuf.

Le 8 novembre, la malade se lève, son alimentation se compose de bouillon, lait, purées et riz. Elle sort complètement guérie le 17 novembre 1907.

Suites éloignées. — M. le docteur Mauvais donne de ses nouvelles le 1er octobre 1908. La malade se porte maintenant parfaitement bien et ne suit aucun régime.

Obs. III., personnelle, inédite. (Service de M. Delagénière).

Ulcères de l'estomac. — Exclusion du pylore. — Guérison.

Florentine B..., 32 ans, Bessé-sur-Braye, Sarthe.

Antécédents héréditaires. — Père mort de maladie inconnue;

mère bien portante; deux frères et une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — La malade n'a pas eu de maladie avant celle qui nous occupe. Réglée à 13 ans, pour la première fois, elle a toujours été bien réglée depuis. Il y a quatre ans, la malade fit une fausse couche dont les suites s'accompagnèrent de fièvre; elle fut obligée de garder le lit pendant deux mois.

Depuis un an, environ, elle a de fréquentes douleurs d'estomac, surtout après les repas, mais, ne s'accompagnant ni de vomissements, ni d'hématémèses.

Au mois d'avril 1908, la malade dit avoir eu la grippe. Au cours de sa maladie, elle fut prise de vomissements renfermant des caillots de sang. A partir de ce moment, elle garde le lit; les vomissements continuent pendant quinze jours, puis diminuent. Elle ne prend plus que du lait en faible quantité, du sous-nitrate de bismuth et du bi-carbonate de soude. Malgré cela, tous les jours elle a des vomissements contenant un peu de sang. La malade entre à l'hôpital le 17 juillet 1908 et placée dans le service de M. Delagénière, salle Dupuytren n° 7. Elle est immédiatement mise au régime lacté.

Etat à l'entrée. — La malade a un mauvais état général; elle est amaigrie, d'une pâleur anémique. Elle n'a pas d'appétit. Ses dents sont toutes ou cariées ou disparues; il reste des chicots noirâtres dans les alvéoles. La constipation est habituelle. On remarque des hémorroïdes externes volumineuses et douloureuses.

La malade se plaint de douleurs épigastriques, en broche, avec irradiations dans les lombes. Réveillée par l'ingestion du lait, elle persiste parfois pendant une heure après. Les vomissements sont fréquents; ils ont lieu presque après chaque repas et contiennent une partie du lait ingéré. Entre les repas, ils sont muqueux, d'une teinte noirâtre, marc de café.

L'inspection ne révèle rien.

La palpation est douloureuse; au niveau du creux épigastrique, à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde et un peu à droite, existe un point particulièrement douloureux. La pression du doigt, sans être très forte, y réveille une douleur vive, ayant un point dorsal correspondant. La percussion permet de constater que l'estomac est légèrement dilaté.

Depuis le lendemain de l'entrée à l'hôpital, il est fait tous les matins un lavage d'estomac avec trois litres d'eau de Vichy tiède. Dès que le tube est introduit, il provoque un effort de vomissement et ramène environ 250 grammes de liquide filant et strié de noir. Le lavage lui-même ramène des particules muqueuses ressemblant à des crachats et teinté de noir. Assez abondants les premiers jours, ils avaient diminué avant l'opération.

Opération. — Elle est pratiquée le 27 juillet 1908.

Le matin même, une demi-heure environ avant l'opération, fut pratiqué un lavage d'estomac; celui-ci contenait encore du mucus coloré en noir.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. L'estomac est dilaté; les vaisseaux avoisinant le pylore et la petite courbure sont très dilatés.

Les épiploons gastro-colique et gastro-hépatique, sont effondrés. Une compresse est passée en arrière de l'estomac à travers l'ouverture de l'épiploon gastro-colique; elle ressort par celle de l'épiploon gastro-hépatique. Une pince droite, flexible, est placée, isolant une partie de la petite tubérosité et toute la région pylorique. Une autre pince est placée à environ deux centimètres plus loin du pylore. On sectionne l'estomac entre les deux pinces. Sur chaque section on fait une suture à trois plans. Le premier est un surjet sur la muqueuse, la pince étant en place. Le deu-

xième est séro-musculaire, la pince étant enlevée; le troisième est séro-séreux.

L'opération est terminée par une gastro-entérostomie postérieure de Von Hacker.

Enfin, la plaie abdominale est fermée plan par plan; pas de drainage.

Suites opératoires. — Le jour de l'opération, la malade se porte bien, le pouls est régulier, un peu faible. Il est fait deux lavements de 200 gr. de sérum.

Le lendemain matin, la malade faisant effort pour vomir, on lui fait un lavage d'estomac. On en fait un second dans la soirée; ils ne présentent rien de particulier.

Régime:

27 et 28 juillet: tilleul glacé;

29 juillet: lait;

Du 30 juillet au 4 août: lait et bouillon;

A partir du 5: lait, purées, œufs.

Le 7 août, les crins qui ferment la plaie cutanée sont enlevés; la malade se lève.

Elle se trouve très bien; elle n'a plus ni crachements de sang, ni vomissements, ni douleurs; elle quitte l'hôpital le 9 août 1908.

Suites éloignées. — M. Delagénière reçoit de ses nouvelles le 15 octobre 1908 par son médecin, le docteur Renaud. Elle ne suit aucun régime et mange beaucoup; aussi, de temps en temps, elle a des indigestions, mais sans conséquence. Elle recommence le lendemain à manger de tout.

CHAPITRE X

Complications

Nous ne parlerons pas ici des complications qui peuvent résulter de l'acte opératoire lui-même : insuffisance des sutures, péritonite, etc... qui sont communes à toutes les interventions chirurgicales sur l'estomac.

Mais, il est une complication de la gastro-entérostomie qui, croyons-nous, ne doit pas se présenter à la suite de l'exclusion du pylore, nous voulons parler de l'ulcère peptique du jéjunum. A vrai dire, cette complication n'a pas encore été signalée à la suite de l'exclusion. Mais, il ne faut pas oublier que la première observation qui en ait été faite n'est apparue que dix-neuf ans après la première gastro-entérostomie.

La pathogénie de cet ulcère est mal connue. Les causes le plus souvent données sont : l'hyperacidité correspondant à l'insuffisance de la bile qui doit la neutraliser dans le jéjunum ; les rétrécissements très serrés avec grande dilatation ; les lésions de la muqueuse du

jéjunum au cours de l'opération ; enfin, le contact irritant d'un contenu gastrique insuffisamment brassé et parconséquent mal divisé.

M. le professeur Gosset (1), qui a bien étudié cette question, après avoir indiqué les causes citées plus haut, pense qu'il faut tenir compte de la grande dilatation : « car, dit-il, l'on court le risque dans de telles conditions de faire la bouche plus près du pylore qu'on ne le croit. L'antre du pylore se trouve très dilaté, très abaissé ; et, si la bouche est faite à ce niveau, elle se trouvera dans une région gastrique où l'hyperacidité est au maximum. »

« La conclusion à tirer, c'est de reporter l'anastomose le plus loin possible de la région pylorique. »

Nous pensons que l'exclusion, qui met précisément cette région à l'abri du côté du duodénum, produira le meilleur effet en diminuant l'hyperacidité ; diminution constatée par M. Jonnesco et que prouve également l'analyse faite chez notre malade (Observation I).

Néanmoins, étant donné, d'une part, que la pathogénie exacte de cet ulcère peptique est mal connue, que, d'autre part, bien qu'il n'ait pas encore été rencontré à la suite de l'exclusion, cette opération est relativement trop récente pour qu'on puisse, dès maintenant, affirmer qu'elle préservera les malades de cette complication de la gastro-entérostomie.

Quant aux cas de diarrhée abondante, après la gastro-entérostomie, nous ne l'avons pas rencontrée chez nos

(1) Gosset. — Revue de chirurgie, 1906, p. 69.

trois malades, et elle n'a pas encore été signalée à la suite de l'exclusion. L'avenir seul pourra dire si c'est véritablement une complication de cette opération. Nous sommes convaincus, en tous cas, qu'un régime approprié serait suffisant pour faire cesser ces diarrhées chez les malades qui en seraient atteints.

CONCLUSIONS

I. — La gastro-entérostomie s'est souvent montrée incapable de faire disparaître les troubles pour lesquels elle fut pratiquée.

II. — L'exclusion du pylore, en rendant à l'estomac sa mobilité, en mettant à l'abri l'ulcère pylorique ou duodénal et en assurant un fonctionnement parfait de l'anastomose gastro-intestinale, a donné d'excellents résultats : suppression de la stase gastrique, guérison des ulcères, modifications du chymisme stomacal.

III. — L'exclusion physiologique du duodénum n'occasionne pas, en pratique, les inconvénients graves signalés par les physiologistes.

IV. — La gastro-entérostomie est suffisante, dans la grande majorité des cas de sténose pylorique simple. Si, dans quelques cas très rares, les douleurs reparaissaient, on la compléterait par l'exclusion secondaire du pylore.

V. — L'exclusion du pylore est le complément néces-

saire de la gastro-entérostomie dans les cas d'ulcère gastrique ou duodénal, de gastrite ulcéreuse et d'estomac biloculaire.

VI. — L'exclusion du pylore est, comme le montre la technique, une opération simple.

Vu : Le Président de la Thèse,
SEGOND.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Baker. — Zur operative therapie des callôsen Magengeschwûrs. — *Arch. f. Klin. chir.*, Berl., 1905.

Bréchot. — *Revue de chirurgie*, 1907, II, p. 112, II, p. 284, III, p. Contribution à l'étude de la pylorectomie dans les sténoses bénignes du pylore.

Brenner. — Du traitement chirurgical des ulcères calleux de l'estomac. — *Langenbeck's, Archives* 1904. B d. l XIX.

Brouardel et Gilbert. — Traité de médecine. t. IV, p. 423.

Chauvel. — L'exclusion du pylore. — *Thèse Paris*, 1898.

Delagénière. — Gastrectomie totale et subtotale. — *Arch. prov. chir.* 3 mars 1898.

— De l'exclusion du pylore. — XXI congr. franç. de chir. *Presse médicale*, 17 octobre 1908, p. 670.

Doyen. — Traitement chir. des mal. de l'estomac, 1895, p. 320.

— *Bulletin médical*, 1893, p. 304. »

Garré. — Zur discussion über die operative therapie gutartiger Magenerkrankungen.
Premier congr. de la soc. internat. de chir. Bruxelles 1906. — Compte rendu p. 325-330.

Gayet. — Pylorectomie pour ulcère après insuccès de la gastro-entérostomie. — *Lyon méd.* 1907 (VIII, p. 992-995).

Gosset. — L'ulcère peptique du jéjunum. — *Revue de chirurgie*, 1906, p. 54, 290.

Jaboulay. — Leçon clinique sur la résection d'un ulcère de l'estomac. — *Arch. prov. chir.* Paris 1906,, n° 9, p. 545-549.

Jonnesco (Th.). — Interventions chirurgicales dans les affections non cancéreuses de l'estomac. — Premier cong. soc. internat. de chir. Bruxelles, 1906. — Procès verbal, p. 251.

— Exclusion du pylore et gastro-entéro-anastomose

transmésocolique postérieure pour ulcère de l'estomac. — *Bull. Soc. de chir. de Bucarest,* X, 1907-08, p. 24.

— L'exclusion du pylore. — Cong. franç. de chir. 1907. — *Compte rendu,* p. 1096-1103.

— De l'exclusion du pylore, Cong. franç. de chir., Paris 1908. — *Presse médicale,* 17 octobre 1908, p. 670.

Legget et Maury. — The function of the pylorus and stoma after gastro-enterostomy as been performed. Ann. of surgery 1907, p. 549.

Monprofit. — Interventions chirurg. dans les affections non cancéreuses de l'estomac. — *Rapport au premier Congrès de la Soc. Internat. de chir.,* Procès verbal, Bruxelles, 1906, p. 60-64.

— La gastro-entérostomie, p. 291.

Poénaro. — Trois cas d'ulcère de l'estomac traités par l'exclusion du pylore et la gastro-entérostomie. — *Bull. et Mém. Soc. de chir. de Bucarest,* 1906-07, IX, p. 226.

Quénu. — *Bulletin de la Soc. de chir.,* 4 mai 1904, p. 455.

Rivière (G.). — Thérapeutique chirurgicale de l'ulcère de l'estomac; de la valeur de la gastro-entérostomie et de la résection dans l'ulcère non compliqué de l'estomac. — *Thèse-Lyon,* 1906.

Rotgans (J). — Le traitement chirurgical des affections bénignes de l'estomac. — Premier *Congr. de la Soc. Inter-de chir.* Procès verbal, Bruxelles, 1906, p. 140-172.

Savariaud. — De l'ulcère hémorragique de l'estomac et de son traitement chirurgical *Thèse Paris,* 1898.

Terrier et Hartmann. — Chirurgie de l'estomac. Paris, 1899.

Vachez. — L'ulcère peptique du jéjunum. — *Thèse Paris,* 1907.

Imprimerie Moderne, Fl. Savignaud, Aurillac. — 656.